

« À propos des alternatives en psychiatrie »

Dominique Scarfone

*Santé mentale au Québec*, vol. 7, n° 1, 1982, p. 125-127.

Pour citer ce document, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/012975ar>

DOI: 10.7202/012975ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)

d'un développement de la personnalité. Bien sûr, les psychanalystes ne sont pas accueillis à bras ouverts; c'est évident! Mais comment et pourquoi le seraient-ils puisqu'ils sont effectivement et par définition porteurs de propositions à effets entropiques?! À quoi Peraldi pense-t-il donc? Il me semble qu'il faut tout ignorer des institutions, et avoir lu Freud en diagonale pour s'étonner qu'il y ait des résistances et se débarrasser du problème en appelant la G.R.C. à la rescousse.

Peraldi peut bien appartenir à une secte ésotérique s'il le désire; c'est son droit. C'est le mien

de dire que je trouve malhonnête de revendiquer la psychanalyse ce faisant selon les termes qu'il emploie ici. Par ailleurs, les petits exercices de fascisme intellectuel comme celui-ci ont besoin d'un certain terrain pour se développer. C'est un terrain culturel où l'omnipotence, le mépris de la pensée d'autrui et l'absence d'esprit critique sont des valeurs sûres. Et puisqu'il est question du Québec aussi, j'espère — O combien — que ce terrain ne s'y développera pas.

Dr Jean-Pierre Losson

Membre de la Société canadienne de psychanalyse



## À PROPOS DES ALTERNATIVES EN PSYCHIATRIE

Le dernier numéro de *Santé mentale au Québec* soulève des questions fondamentales pour quiconque est mêlé de près à la question psychiatrique. Plusieurs articles critiquent la psychiatrie institutionnelle, ou plus simplement «officielle», non seulement de façon théorique, mais aussi en proposant une pratique différente. Et cela est très important. L'intervention de réseau, la Maison St-Jacques, le Coupe-Circuit, autant de pratiques éminemment critiques qui nous feraient paraphraser Marx: «La pratique de la critique ne remplacera jamais la critique pratique», ou quelque chose d'approchant. D'autres numéros de la revue nous ont aussi fait part d'alternatives, telle Solidarité-Psychiatrie, qui me semblent être des exemples susceptibles de se multiplier.

Dans la conjoncture actuelle, où les coupures de budgets et de services, quoi qu'en disent ministres et fonctionnaires, servent de ligne directrice et même de base philosophique (eh oui!) à la dispensation des services médicaux, psychiatriques et sociaux, la publicisation de telles solutions alternatives au réseau officiel a plus qu'une valeur de contestation. Leur description a même de quoi faire rêver maint praticien à l'emploi du M.A.S. Non, je n'ironise pas. Je connais fort bien le genre de difficultés que connaissent les formules alternatives, ne serait-ce que pour assurer le maigre salaire de ceux qui s'y consacrent et la continuité d'une année à l'autre. Mais avoir la possibilité d'accepter ou non un usager selon son degré de motivation,

avoir le temps d'organiser deux ou trois rencontres d'évaluation, puis réunir le réseau des amis et des connaissances autour de chaque individu qui fait une demande d'aide, pouvoir limiter son intervention aux 18-30 ans... je vous assure que je suis jaloux.

Ce que je veux soulever par ces remarques, c'est une limite évidente des mesures alternatives à la psychiatrie officielle: à savoir le degré d'«auto-sélection» de leurs usagers, quand ce n'est pas une sélection pure et simple, ce qui a pour effet de confirmer ipso facto les hypothèses de départ. Réjean Langlois, dans son article à propos de Coupe-Circuit, le montre fort bien lorsqu'il décrit la «deuxième catégorie» d'usagers de ce service: «L'usager demandant de l'aide pour des difficultés aiguës (psychose, dépression profonde, tendance suicidaire, etc.). Il est généralement peu motivé à recevoir de l'aide et nos interventions n'ont pas toujours donné de bons résultats malgré un investissement d'énergies important». Toujours selon Langlois, cette catégorie d'usagers constitue 64% des demandes et épuise les intervenants souvent sans résultat. (Langlois, 1981).

Que les esprits conservateurs ne se réjouissent pas trop vite. Cette limite réelle à toute entreprise alternative n'enlève absolument rien à la valeur et à l'originalité de la démarche, à son utilité et à sa portée critique. N'est-ce pas la limite de toute intervention, et au premier chef de l'inter-

vention officielle, qu'elle soit institutionnelle ou communautaire ?

Mais alors, à quoi bon la souligner ? Tout simplement parce qu'elle me semble capitale lorsqu'il s'agit d'articuler une critique vraiment fondée des pratiques officielles, critique qui soit susceptible de mobiliser une bonne part des intervenants en psychiatrie : ceux qui sont insatisfaits de la pratique existante, ceux qui se posent des questions sur comment la transformer sans pour autant pousser le militantisme jusqu'à accueillir chez eux les usagers après la journée de travail, ceux qui... ai-je besoin de continuer, ou est-ce que vous vous êtes déjà reconnus ?

Je reviens à ma question capitale. Dans la mesure où les ressources alternatives connaissent ce phénomène d'auto-sélection des usagers, selon les affinités idéologiques, culturelles, ou selon la gravité ou l'acuité des problèmes vécus, leur critique de l'institution ou de la pratique psychiatrique traditionnelle manque en partie son but. Ainsi, lorsque Langlois (mais ce pourrait être aussi l'équipe de la Maison St-Jacques) écrit : « En somme, l'utilisateur doit démontrer par des gestes concrets qu'il veut participer au processus de solution de ses problèmes. », moi je note dans la marge que ceux qui ne sont pas en mesure de faire ces gestes concrets se retrouvent nécessairement dans le « circuit » et serviront plus tard de preuve accablante contre ce même circuit où l'on traite à l'aide de pilules, d'hospitalisation, de thérapies individuelles diverses... et C.Q.F.D. Tout se passe alors comme si « l'alternative » avait besoin de l'institution traditionnelle comme d'un faire-valoir, pour mieux mettre en relief ses vertus. Et pendant que des militants de ressources alternatives se dévouent auprès de personnes certes souffrantes mais bien motivées à se prendre en main, la « deuxième catégorie » d'utilisateurs ira grossir les listes d'attentes des cliniques externes de psychiatrie.

L'explication que donne Langlois (p. 124) au manque de motivation d'une majorité des usagers, à savoir que cela découlerait non des difficultés de l'utilisateur mais plutôt du processus de psychiatrisation auquel il aurait été préalablement exposé, n'est pas tout à fait satisfaisante. L'institutionnalisation de l'individu est en effet souvent synonyme d'une perte d'autonomie personnelle, d'une dépen-

dance accrue, d'une passivité et d'un attentisme réfractaire à bien des interventions. Mais allez donc départager ce qui s'y mêle de l'attitude initiale de l'utilisateur avant tout processus d'hospitalisation. Allez donc départager ce qu'il y a de l'idéologie préalable à toute consultation en psychiatrie ou ailleurs : l'idéologie de la « consommation de services », où l'on est supposé *se faire régler* ses problèmes par des professionnels qui « connaissent ça », idéologie bien propre au type de société que nous connaissons. Les praticiens des services psychiatriques traditionnels ne sont pas nécessairement moins attentifs que les autres au problème de la motivation, de la dépendance envers l'institution et/ou l'intervenant et de la perte d'autonomie. Ce dernier mot est un de ceux qui reviennent le plus souvent dans le jargon du milieu, et les notions corollaires de « réadaptation » et de « réinsertion sociale » font partie des programmes psychiatriques les plus « straight ». Alors ?

Alors, il reste que la pratique traditionnelle a quand même besoin d'une transformation radicale, que bien des préjugés commodes doivent être balayés, tout simplement parce qu'une majorité de gens aux prises avec de graves problèmes ne semblent pas satisfaire aux conditions d'admission, passez-moi l'expression, des ressources alternatives. La critique me semble devoir être portée à l'intérieur même du circuit psychiatrique si l'on veut que les changements qualitatifs désirés acquièrent un poids social réel.

Les ressources alternatives ne doivent absolument pas s'intégrer au réseau étatique, mais elles ne doivent pas se marginaliser au point de se couper des praticiens de ce réseau, parmi lesquels il doit bien s'en trouver quelques-uns pour prendre à leur compte une réflexion sur le sens politique et social de leur pratique.

L'exemple de *Psichiatria Democratica*, mouvement né en rapport avec l'œuvre de Basaglia en Italie, est à prendre en considération. Dans ce cas, la transformation de l'institution se double d'une intervention politique dans la société en général. Cela n'accouche pas de petits modèles idéaux, mais ça vous vide des asiles anachroniques. Ce qui ne va d'ailleurs pas sans complications (mais le modèle n'a pas besoin d'être reproduit jusque dans ses défauts).

La pratique des groupes «alternatifs» se base souvent sur des positions de principe qui restent à démontrer. «Nous demeurons persuadés que c'est la 'maladie' de l'environnement que le psychiatrisé exprime», écrit encore Langlois (p. 122). Ici, comme dans d'autres discours de ce genre, on noie le particulier dans le général, ce qui entraîne parfois des pratiques aberrantes malgré la bonne volonté des intervenants et la pureté de leurs principes. Je pense ici à une pensionnaire d'une ressource alternative qui était considérée comme faisant preuve de mauvaise volonté et de «manipulation», pour ne pas faire face à la fin imminente de son séjour, et dont l'état psychotique accompagné d'hallucinations qui lui dictaient une conduite suicidaire, était complètement méconnu. Mon impression quand j'ai vu cette femme, c'est qu'elle avait le malheur de ne pas rentrer dans le schéma théorique de la ressource en question. Une fois hospitalisée, elle souffrait de ce qu'aucun co-pensionnaire ou intervenant ne vienne la visiter... Je ne veux pas du tout faire le procès de cette ressource car j' imagine combien de patients paient de semblable façon pour ne pas daigner correspondre aux prérequis théoriques de leur psychiatre, psychothérapeute, etc. J'apporte cet exemple pour suggérer qu'une pratique différente, contestataire de l'ordre existant, n'a pas besoin de se fermer à des modèles de conceptualisation particuliers pour la seule raison qu'ils ne sont pas d'emblée politiques ou orientés vers le social, etc. La façon de traiter les malades atteints de maladies bien physiques, disons la sclérose en plaques, nous empêcherait-elle d'y porter un regard critique? Devrait-on pour cela supposer une cause socio-politique à la sclérose en plaques? L'exemple est un peu grossier, mais il mérite quand même qu'on s'y arrête.

Or, c'est peut-être de ne pas s'arrêter à l'ensemble de la question, de ne pas s'attarder aux usagers qui ne cadrent pas dans le tableau théorique des ressources alternatives, qui empêchent celles-ci d'avoir une portée plus large. Je souhaiterais qu'au-delà de leur pratique fort pertinente et nécessaire, il se développe un courant de pensée qui rejoigne également les praticiens du réseau officiel, de quelque profession qu'ils soient, du

moment que ceux-ci ont à cœur de réfléchir de façon critique sur ce qu'ils font.

Le modèle médical, le processus de traitement en milieu hospitalier et ses effets sur l'autonomie des usagers, l'intervention psychosociale sur une base individuelle, le rapport entre discours et pratique en psychiatrie dite communautaire, les théories étiologiques en santé mentale, etc., autant de thèmes importants qui méritent plus qu'un balayage du revers de la main. Bien sûr, ce sont les praticiens du réseau «officiel» qui les premiers devraient se préoccuper d'en faire l'étude et la critique, mais la contribution potentielle de ceux et celles qui se sont engagés dans des démarches «alternatives» me semble essentielle, si l'on veut que la critique concrète qui accompagne ces démarches ait une portée plus large.

Récupération? Je ne pense pas. Si la pratique alternative doit vraiment avoir une portée politique large, elle ne peut se faire à moins de porter le débat à l'intérieur même du réseau «traditionnel». Ce qui, encore une fois, ne doit absolument pas signifier l'intégration des ressources dans ce réseau, ou leur soumission au contrôle de l'État.

Une petite équipe du comité de rédaction de *Santé mentale au Québec* travaille actuellement à la mise sur pied d'un cours-séminaire intitulé «Itinéraires du psychotique», qui devrait débiter en septembre à la Faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal (voir le dépliant dans ce numéro). Organisé autour du problème de la psychose, ce cours-séminaire voudrait justement amorcer plus largement le débat, en réunissant des praticiens, de quelque milieu qu'ils soient («officiel» ou «alternatif»), autour d'une réflexion critique sur leur pratique.

L'invitation est donc lancée à tous ceux qui considèrent la chose pertinente.

Dominique Scarfone  
Psychiatre à l'Hôpital St-Luc

#### RÉFÉRENCE

LANGLOIS, R., 1981, Coupe-Circuit. Une alternative à la psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, vol. VI, n° 2, p. 119-126.